Tracts 1712. (1)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 46

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES EPULIS A MYÉLOPLAXES

LEUR MALIGNITÉ

(Revue générale et Etude critique)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mars 1913

PAR

Albert SIRIEIX

Licencié ès sciences

Né à Chamberet (Corrèze), le 7 août 1884

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

LIBRARY

Examinateurs de la Thèse

GILIS, Professeur *Président*.
MOURET, Profes.-adj.
SOUBEYRAN, Agrégé.
LEENHARDT, Agrégé.
Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78
1913

LES ÉPULIS A MYÉLOPLAXES

LEUR MALIGNITÉ

Tracts 1712.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 46

FACULTÉ DE MÉDECINE

1.

LES EPULIS A MYÉLOPLAXES

LEUR MALIGNITÉ

(Revue générale et Etude critique)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mars 1913

PAR

Albert SIRIEIX

Licencié ès sciences

Né à Chamberet (Corrèze), le 7 août 1884

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

LIBRARY

Examinateurs de la Thèse

GILIS, Professeur *Président.*
MOURET, Profes.-adj.
SOUBEYRAN, Agrégé.
LEENHARDT, Agrégé.
Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)	Doyen.
SARDA	Assesseur
IZARD	Secrétaire

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O. ✻).
Clinique chirurgicale	TÉDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. d. f.).

Examinateurs de la thèse :

MM. GILIS, Président.	MM. SOUBEYRAN, Agrégé.
MOURET, Profes.-adjoint.	LEENHARDT, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Très faible témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon affection.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A. SIRIEIX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A. SIRIEIX.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURET

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEENHARDT

A. SIRIEIX.

PRÉFACE

Au moment de terminer nos études médicales, nous croirions manquer à un devoir si les premiers mots de ce modeste travail n'étaient pour ceux dont le dévouement, les conseils et l'amitié contribuèrent à notre formation médicale. Qu'ils veuillent bien agréer aujourd'hui nos remerciements et l'hommage de notre reconnaissance.

Cette reconnaissance ira tout d'abord à notre père dont le travail opiniâtre, la constance et la probité, nous ont permis de mener à bonne fin l'œuvre entreprise. Nous lui prouverons notre gratitude, notre affection, en nous inspirant de son exemple et en entourant sa vieillesse des soins les plus tendres. Nous évoquerons avec une bien profonde tristesse le cher souvenir de notre mère dont nous continuons à vénérer la mémoire et dont nous nous efforcerons de suivre les conseils et d'égaler les mérites.

Et maintenant, il nous est particulièrement agréable de profiter de cette occasion pour remercier nos maîtres de l'École de médecine de Clermont-Ferrand. Que MM. les professeurs Bousquet et Maurin veuillent bien accep-

ter l'hommage de notre reconnaissance pour l'enseignement qu'ils nous donnèrent avec autant de science que de dévouement. Nous adressons toute notre gratitude à MM. les professeurs Buy, Argaud, Lepetit et Billard.

Nous remercions nos maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier du bon accueil qu'ils nous ont réservé, de leur enseignement et de leurs conseils.

M. le professeur agrégé Soubeyran a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous en tracer les grandes lignes, nous le remercions de cette grande preuve d'intérêt.

M. le professeur Gilis nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il veuille agréer l'hommage de nos plus vifs remerciements.

Que MM. les professeurs Mouret et Leenhardt reçoivent également l'expression de notre reconnaissance pour avoir bien voulu faire partie de notre jury de thèse.

LES

EPULIS A MYÉLOPLAXES

LEUR MALIGNITÉ

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE ET INTRODUCTION.

« On a longtemps englobé sous le nom général d'épulis, dit M. Broca dans le Traité de chirurgie de MM. Duplay et Reclus, toutes les variétés de tumeurs qu'on trouve au niveau des gencives. Cette classification grossière est insuffisante, aujourd'hui que les détails anatomiques et cliniques, propres à chacune de ces variétés, commencent à être mieux connus, et l'on tend à réserver le nom d'épulis aux tumeurs de nature conjonctive, c'est-à-dire aux fibromes et aux sarcomes. »

Dans les sarcomes on distingue trois grandes variétés :

les sarcomes globo-cellulaires, les sarcomes fuso-cellulaires et les sarcomes à myéloplaxes : ce sont ces derniers seuls que nous allons retenir.

Nous définirons donc les épulis sarcomateuses à myéloplaxes « des tumeurs de nature conjonctive, de production accidentelle, se formant aux dépens des rebords alvéolaires des maxillaires et dont la caractéristique est la présence, dans leur tissu, d'éléments anatomiques appelés myéloplaxes. Ces derniers, dont le nom leur fut donné par Ch. Robin, sont des cellules de dimensions variables, dont le protoplasma renferme de nombreux noyaux séparés, et qui entrent dans la constitution normale de la moelle des os. »

L'histoire anatomique de ces tumeurs montre bien les services que l'histologie rend à la clinique : ce sont les investigations des anatomo-pathologistes qui ont permis d'éclaircir la classification des tumeurs des gencives.

Les premiers chirurgiens, prenant le terme d'épulis au sens étendu que lui donne l'étymologie, l'avaient appliqué à toutes les néo formations qu'Ambroise Paré appelait autrefois « des chairs superflues des gencives ».

En 1778, Jourdain (1) y faisait rentrer les lésions gingivales du scorbut, et, soixante ans plus tard, Marjolain et Bérard (2) rangeaient dans le même chapitre les cancers, les sarcomes, les tumeurs vasculaires, les fongosités les plus bénignes, les abcès des gencives.

Giraldès (3) établissait une classification des plus complexes dans laquelle on retrouve peut-être le sarcome fasciculé et le sarcome à myéloplaxes perdus dans le groupe des encéphaloïdes ; d'autre part, il décrit des productions pathologiques qu'il est difficile actuellement d'identifier : « tumeurs osseuses dues à l'accroissement du tissu spongieux », « tumeurs osseuses composées d'al-

véoles qui rappellent le cloisonnement d'une orange », « tumeurs cartilagineuses communes dans les Indes ».

Saurel (4), de Montpellier, décrit les tumeurs des gencives connues sous le nom d'épulis ; il en distingue plusieurs : les épulis fongueuses, les épulis érectiles, les épulis carcinomateuses. Il est à peu près sûr que se trouvent englobées dans ces variétés des tumeurs semblables aux nôtres ; mais les myéloplaxes sont toujours inconnus.

Il fallait arriver jusqu'à la période des premières recherches histologiques, et en particulier jusqu'aux travaux de Ch. Robin sur la moelle des os (découverte des myéloplaxes, 1849) (5), pour que les tumeurs qui nous occupent puissent être interprétées. Robin montrait que ces productions existaient à l'état normal dans la moelle des os, et affirmait qu'elles ne pouvaient être retrouvées en grand nombre que dans les tumeurs d'origine osseuse. C'est lui qui leur donna le nom sous lequel on les désigne habituellement en France, celui de myéloplaxes, ou plaques à noyaux multiples.

Dix ans plus tard, Nélaton (6), sous l'inspiration de Robin, traçait dans sa thèse inaugurale l'histoire complète de la tumeur à myéloplaxes, l'appuyant sur de nombreuses observations et sur une étude histologique soigneuse. Deux faits la caractérisent : la coloration rouge-brun du tissu morbide ; l'autre, visible seulement au microscope, la présence de myéloplaxes nombreux. Les tumeurs ainsi constituées présentent cliniquement ce caractère important d'être de bénignité relative, ce qui les sépare assez nettement des autres variétés de néoplasmes des os, des tumeurs fibroplastiques en particulier. Enfin il montrait que ces tumeurs à myéloplaxes avaient des caractères cliniques suffisamment

constants, lorsqu'elles se localisent aux gencives, pour mériter à elles seules le nom d'épulis.

On verra plus loin, en particulier par l'examen de notre observation, peut-être unique dans l'histoire des épulis, que ce caractère de bénignité ne saurait être maintenu aujourd'hui.

En Angleterre, sir James Paget (7), tout en n'adoptant pas la même dénomination, défendait une doctrine semblable. La plupart de ses tumeurs myéloïdes ne sont autres que les tumeurs à myéloplaxes de Robin et de Nélaton.

Une réaction allait ultérieurement se produire contre l'opinion soutenue par les auteurs précédents, et qui voyaient dans le myéloplaxe un élément caractéristique des néoplasies osseuses : en Allemagne, Virchow (8), en France, Ranvier (9) trouvaient des myéloplaxes dans des tumeurs sarcomateuses de sièges divers. La réaction allait même peut-être trop loin avec Virchow, qui substituait le terme général de cellule géante « Riesen-Zellen », et paraissait porté à les identifier aux éléments multinucléées du follicule tuberculeux.

Depuis cette époque, c'est le myéloplaxe qui a attiré exclusivement l'attention des anatomo-pathologistes. Son origine, sa signification, dans les tumeurs qui nous occupent, sont, à l'heure actuelle, des plus discutées.

Un auteur allemand, Wegner (10), soupçonne le premier les rapports anatomo-physiologiques que peuvent présenter les myéloplaxes avec le système vasculaire. Il trouve dans les faits qu'il décrit confirmation des idées de Kölliker sur le rôle que jouent les cellules géantes dans la résorption des os. Les prolongements de ces cellules forment, d'après lui, un fin réseau et quelques-uns d'entre eux vont se mettre en rapport avec des

vaisseaux en voie de développement. Lorsque le processus de résorption a pris fin, les ostéoblastes se transforment en vaisseaux ou contribuent à la formation de tissu conjonctif nouveau.

Lewschin (11) insiste sur la possibilité de confondre dans la substance médullaire des os certains myéloplaxes avec des anses terminales de vaisseaux. Il aurait même obtenu des injections pénétrant par les vaisseaux sanguins jusque dans les prolongements de masses protoplasmiques à noyaux multiples.

Mais c'est le mémoire fondamental de Malassez et Monod (12) qui devait apporter à la systématique des tumeurs à myéloplaxes les conclusions les plus importantes :

1° On peut trouver dans les tumeurs à myéloplaxes des myéloplaxes s'anastomosant les uns avec les autres, présentant de véritables pointes d'accroissement, ayant un protoplasma assez grossièrement granuleux, des noyaux ovoïdes à gros nucléoles, des vacuoles, voire même des cavités remplies de globules sanguins; en un mot, des éléments évidemment semblables aux cellules et aux réseaux vaso-formateurs.

2° Il existe, entre certains myéloplaxes dont la parenté avec les vaisseaux est indéniable, et des formes plus communes et à types moins nets, toute une série d'intermédiaires. Ce sont des éléments de même espèce que les premiers, mais moins avancés dans leur développement.

3° Les myéloplaxes ne sont pas, comme on le croit généralement, des éléments parfaits, spéciaux à certains tissus, mais bien des éléments incomplètement développés. On pourrait les considérer comme des vaisseaux métatypiques.

4° Conséquemment les tumeurs à myéloplaxes ne doivent pas être envisagés comme formant un groupe absolument distinct : ce sont des néoformations conjonctives plus ou moins embryonnaires, se développant dans le sens vasculaire.

D'après l'ensemble de ces notions tirées, d'ailleurs, de l'étude de tumeurs de sièges divers (foie, testicule,

épulis), les auteurs français individualisaient le groupe des sarcomes angioplastiques, caractérisés par la présence d'éléments vaso formatifs et peut-être hématopoïétiques. Les observations postérieures de Pillet (13), Brault (14), étaient favorables à l'autonomie de ce groupe ; mais la discussion ne tardait pas à reprendre à propos des tumeurs du testicule. Toute une série d'auteurs, Chambard, Carnot et Marie, Schwartz, Dopter, publiaient des cas de sarcomes angioblastiques, paraissant identiques à ceux de Malassez et Monod; mais d'autres, plus nombreux, Schlagenhaufer, Steinhert, Wlassoff, Pick, Rigel, Hoche et Briquel, Chevassu, etc., rapportaient ces faits à une prolifération de l'épithélium chorial embryonnaire (déciduome, placentome, chorio-épithéliome). Plus récemment encore, Klippel et Monier-Vinard, Launois, Masson et Pinard, publiaient des observations de même ordre et les interprétaient comme des néoplasies métastatiques provenant d'embryomes testiculaires. Toutefois Brault (14), dans la dernière édition du Manuel d'histologie pathologique de Cornil et Ranvier, insiste sur la destruction des deux groupes et maintient la notion du sarcome angioblastique. Le problème est donc actuellement irrésolu et l'étude histologique des épulis à myéoplaxes se rattache à la question générale des aspects angioblastiques dans le sarcome. C'est pourquoi, depuis Malassez, la question n'a guère avancé. Un auteur allemand, Ritter (15), a publié, en 1900, un mémoire sur les épulis, qui reproduit presque exactement les idées développées par l'histologiste français, 22 ans auparavant, sans toutefois mentionner son mémoire. Comme il est peu vraisemblable d'après sa bibliographie complète que le mémoire fondamental de Malassez ait pu lui échapper, l'oubli paraît bien être systématique. Au contraire, von Hausmann dans son

ouvrage sur les tumeurs s'élève contre la conception angioblastique des tumeurs que nous étudions. Nous n'avons à signaler dans la bibliographie récente relative aux épulis que des observations isolées ou des revues générales. Signalons les thèses d'Arnal (1880), de Gruet (1889), de Stepinsky (16) (1901), Perraud (17) (1906), Couëtoux (18) (1906), les mémoires de Kaempfer (19), Amoëdo (20), Kümmer (21), Lebedensky (26), la thèse de Calazel (22) consacrée d'ailleurs aux tumeurs du maxillaire inférieur en général.

OBSERVATION

(Personnelle)

(Communiquée par M. le professeur agrégé Soubeyran)

Epulis sarcomateuse à myéloplaxes

Ald... R..., femme âgée de 27 ans, habitant Cette. Entre à l'hôpital Suburbain à Montpellier, salle Paulet, le 3 octobre 1910. La malade présente, au niveau des deux dernières molaires droites inférieures, une tumeur du volume d'une noix.

Depuis un an, cette femme a été opérée trois fois pour une tumeur analogue, située au même niveau, et que l'on avait diagnostiquée « Epulis ».

L'opération est résolue et pratiquée le 4 octobre 1910, par M. le professeur Soubeyran, durant sa suppléance de M. le professeur Tédenat.

Anesthésie à l'éther.

Résection de tout le maxillaire inférieur droit, dépassant largement la tumeur en avant et en arrière.

Les suites opératoires furent normales, la guérison rapide. Six mois après l'intervention il n'y avait pas de récidive.

Examen macroscopique de la tumeur (après fixation dans le formol). — La tumeur extirpée fait corps avec le maxillaire inférieur et présente les dimensions d'une grosse noix. Son point d'attache sur le maxillaire correspond à la dernière molaire inférieure ; elle s'est developpée principalement du côté de la cavité buccale, refoulant la muqueuse qui la coiffe régulièrement. Cette partie supérieure étalée, on voit, en outre, deux prolongements passant l'un en avant de la molaire, l'autre en arrière, et tendant à se rejoindre en dehors de celle-ci.

La dent paraît ainsi complètement entourée par le tissu néoplasique, mais il est facile de constater en particulier, sur une section transversale de la tumeur, que cette dernière a pris son point de départ à la face interne du maxillaire immédiatement en dedans et au-dessous de la molaire.

Sur cette même coupe on peut voir également que la périphérie de la tumeur n'a pas le même aspect que la partie centrale. La périphérie est constituée par un tissu fibreux d'aspect assez dense, qui offre une épaisseur moyenne de six à huit millimètres.

Le centre correspondant au pédicule de la tumeur est mou, ramolli, d'aspect brunâtre. Ce pédicule, suivi de dedans en dehors, vient se perdre sur le périoste de la face interne du maxillaire à sa partie haute, près du rebord alvéolaire. Mais cette partie inférieure effilée et amincie ne correspond pas à la totalité des attaches inférieures de la tumeur. Du rebord alvéolaire descend, en effet, jusque sur le rebord inférieur de l'os, une masse blanchâtre d'aspect fibroïde refoulant les attaches musculaires du mylo-hyoïdien ; la présence de ce prolongement inférieur de la tumeur justifie pleinement la résection totale qui a été pratiquée.

Examen histologique. — Après fixation au formol, des décolorations diverses ont été effectuées sur des coupes d'une épaisseur moyenne de 6 μ. : hématoxyline-éosine, hématoxyline au fer, suivant la méthode de Heidenhain ; coloration triple de Frenant (hématoxyline au fer, éosine vert-lumière), bleu polychrome, safranine et liqueur Bender ; les aspects les plus démonstratifs nous ont été fournis par l'hématoxyline ferrique suivie de différenciations au Van Giesen.

Nous avons examiné successivement l'épithélium gingival, le derme et la tumeur proprement dite.

1° *Epithélium gingival* (fig. 1). — On note la présence de bourgeons épithéliaux s'enfonçant à une profondeur variable, mais ne montrant aucun indice de processus épithéliomateux. La membrane basale de cet épithélium est intacte partout. Toutefois un de ces prolongements dans lequel l'épithélium a un aspect adamantinoïde (cellules épithéliales étoilées) et beaucoup plus profond que les autres, dépassant la profondeur du derme, entre en rapport sur une assez faible étendue avec le tissu propre de la tumeur. En ce dernier point la membrane basale a disparu et l'on peut voir les éléments cellulaires néoplasiques (cellules fusiformes et myéloplaxes) régulièrement mêlées aux cellules épithéliales étoilées.

Au niveau de la partie saillante du prolongement interne de la tumeur l'épithélium fait défaut : il s'agit d'ulcération purement mécanique, résultant de la hernie que fait à ce niveau le néoplasme : le revêtement épithélial présente en ce point une infiltration abondante de leucocytes polynucléaires. A la périphérie de la zone d'ulcération, l'épithélium s'amincit progressivement en même temps que les papilles disparaissent.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
LIBRARY

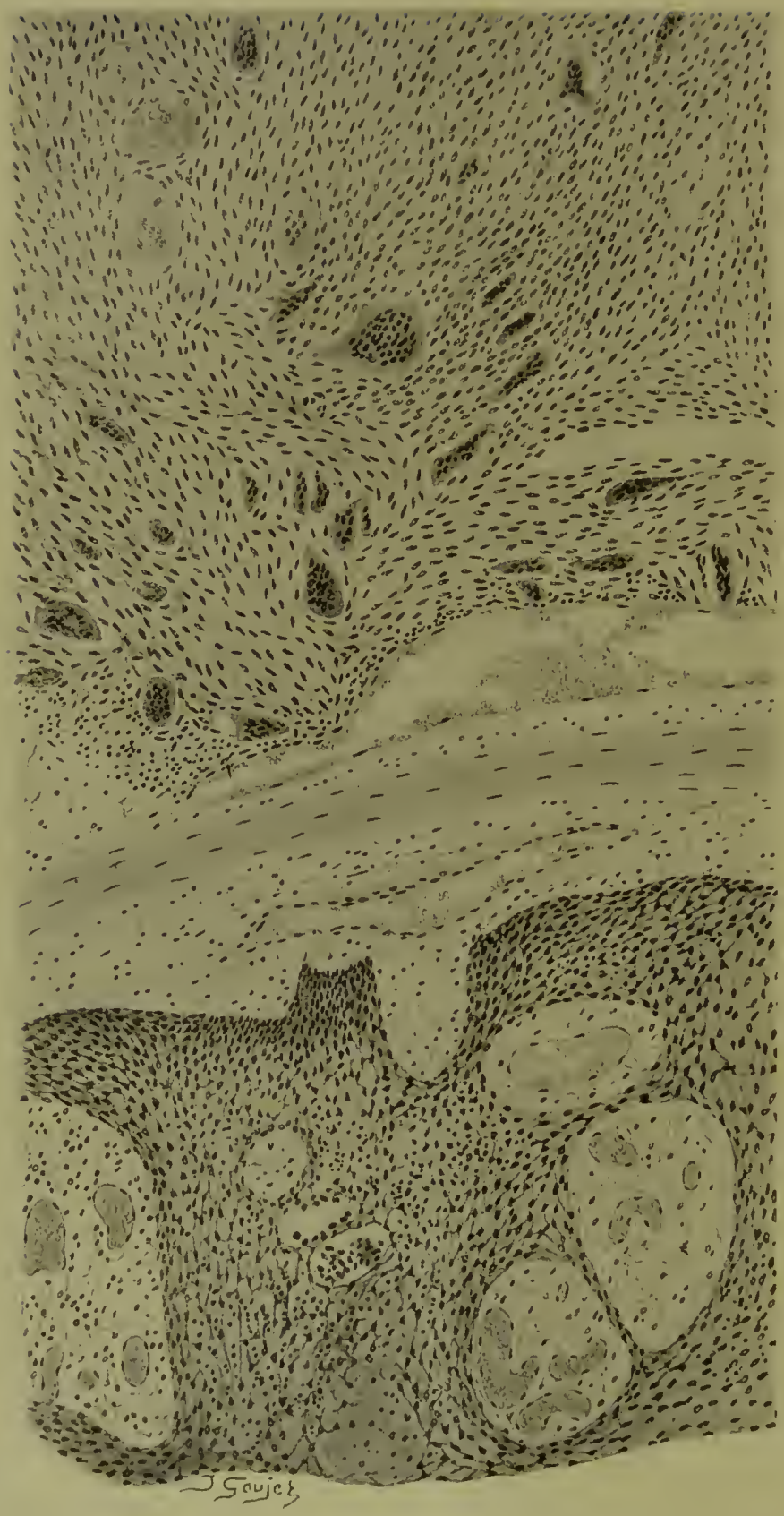

Fig. 1.

Fig. 1. — Vue au faible grossissement de la périphérie de la tumeur (myéloplaxes), refoulant le derme de la muqueuse (partie moyenne de la figure) et l'épithélium buccal (transformation adamantinoïde).

Fig. 2. — Myéloplaxes à topographie juxtavasculaire. Au niveau des deux myéloplaxes de la partie supérieure, le vaisseau paraît dépourvu d'endothélium.

Fig. 3. — Continuité d'un myéloplaxe avec une paroi endothéliale (*en*), (*gs*) globules rouges, (*my*) myéloplaxes.

Fig. 4. — Vue macroscopique de la tumeur après une section transversale au niveau de sa face interne (en haut dernière molaire).

Fig 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

A la partie centrale on ne trouve plus qu'une masse compacte de polynucléaires et d'éléments lympho-conjonctifs (plasmazellem), groupés à l'intérieur et à la périphérie de vaisseaux néoformés gorgés d'hématies.

2° *Derme.* — Il est normal en certains points où on le trouve constitué par du tissu conjonctif lâche, des cellules fusiformes et étoilées, des fibres élastiques. A mesure qu'on se rapproche de la tumeur, on note une infiltration plus abondante de mononucléaires et polynucléaires neutrophylles. Dans les points où celle-ci fait hernie, l'épaisseur du derme est considérablement réduite ; la distension des capillaires explique leur rupture et la présence consécutive, à la face profonde des papilles, de zones linéaires jaunâtres ou grisâtres constituées par du pigment sanguin.

3° *Tumeur proprement dite.* — Elle est complètement dépourvue de la capsule conjonctive continue qu'on trouve toujours dans les formes fibreuses de l'épulis : ce sont les myéloplaxes eux-mêmes qui marquent la frontière du tissu néoplasique ; toutefois la membrane périphérique fait défaut, il existe de nombreuses cloisons variables de forme et d'épaisseur, qui se ramifient à l'intérieur de la tumeur, lui donnant une apparence lobulée ; le tissu néoplasique est constitué en proportions variables par des cellules fusiformes, des myéloplaxes et des vaisseaux sanguins ; ces derniers sont parfois volumineux et confluents et réalisent un aspect angiomateux. La description de ces divers éléments sera faite au chapitre de l'anatomie pathologique pour éviter des redites.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — Examen microscopique. — Le volume des épulis varie de la grosseur d'une petite noix à celle d'un œuf de poule. Broca cite dans ses Leçons cliniques le cas, rapporté par Leston, d'une épulis si volumineuse que le nez disparaissait dans la tuméfaction. Les tumeurs sont généralement arrondies et lisses, et présentent une coloration brun-rougeâtre se rapprochant de la couleur du sang et constituant pour Nélaton le caractère le plus remarquable du tissu myéloblastique. La consistance est variable.

Elles sont tantôt dures et incompressibles, tantôt ramollies comme un kyste à contenu liquide. Dans le premier cas, dit Nélaton, la tumeur est à l'état de crudité ; dans le second cas elle est à la phase de ramollissement. Si on fait une coupe dans une tumeur, à la période de crudité, la surface de coupe donne une sen-

sation analogue à celle que l'on obtient en passant la main sur une râpe et qui est due à la présence d'un nombre considérable de petites aiguilles osseuses sectionnées par le couteau. A la phase de ramollissement on trouve une bouillie couleur brunâtre mêlée de sang.

II. — **Etude microscopique.** — Il faut envisager l'épithélium buccal de revêtement et la tumeur proprement dite.

1° Epithélium buccal. — C'est l'épithélium pavimenteux stratifié de la gencive, refoulé progressivement par l'accroissement de la tumeur. Stepinsky, dans sa thèse qui rapporte à ce sujet plusieurs examens histologiques, note que dans un cas seulement il était intact. Dans notre observation, il se montre également altéré; ces modifications ne nous paraissent d'ailleurs liées ni à la présence d'une tumeur, ni, à plus forte raison, à la nature myéloplaxique de cette dernière. Ce sont des lésions banales analogues à celles qu'on rencontre dans la muqueuse de la cavité buccale toutes les fois qu'elle est le siège d'une distension ou d'un processus inflammatoire. Ainsi, au début, on observe l'hypertrophie des bourgeons épithéliaux interpapillaires. Ultérieurement ces derniers s'effacent, présentent un envahissement leucocytaire très marqué, et la tumeur fait saillie dans la cavité buccale, à travers ce revêtement épithélial ulcéré.

Toutefois, une dernière modification est assez spéciale; c'est celle de la transformation en épithélium de type adamantin; elle a été signalée par Albaran, en 1886, dans le *Journal des connaissances médicales*, et notre tumeur en offre un exemple typique que nous

regrettons de n'avoir pu représenter. Tous ces bourgeons épithéliaux, quel que soit leur aspect et leur profondeur, sont progressivement envahis par les leucocytes polynucléaires et destinés à disparaître (fig. 1).

2° Eléments cellulaires de l'épulis.

A. — *Myéloplaxes* (fig. 1, 2 et 3). — Ce sont les plaques à noyaux multiples de Müller, les cellules géantes de Virchow ; ce fut Robin qui leur donna le nom de myéloplaxes (μυελος, moelle, et πλαξ, plaque). Elles se présentent sur les coupes sous forme de plaques dont les dimensions varient de 12 à 100 μ, fortement teintées, même dans leurs parties protoplasmiques, par les colorants nucléaires, faciles à reconnaître par conséquent des éléments cellulaires isolés du voisinage, dont le cytoplasme, en raison de ses affinités plasmatiques, constitue un fond sur lequel ressortent vivement les myéloplaxes. Comme toutes les cellules, les myéloplaxes sont pourvues d'une membrane d'enveloppe, d'un cytoplasme à structure finement granuleuse et d'un nombre variable de noyaux munis d'une ou deux nucléoles. Entre les myéloplaxes pourvus de 2 ou 3 noyaux et ceux qui en renferment plus de 20 ou 30, on observe tous les intermédiaires. En moyenne on trouve de 8 à 10 noyaux, et la variabilité de leur disposition est un caractère des myéloplaxes.

Ils ne sont presque jamais disposés en couronne régulière ou en fer à cheval comme ceux des cellules géantes des follicules tuberculeux ; l'irrégularité de leur distribution est plus facile à constater sur les coupes épaisses, en raison du chevauchement que présentent les noyaux superficiels sur les noyaux profonds. La membrane d'enveloppe est difficile à mettre en évidence : les contours des myéloplaxes sont en effet pourvus

d'échancrures irrégulières et de prolongements dont la configuration est très variable (cylindriques, coniques, en massue). L'affinité des noyaux pour les colorants est généralement très marquée. Toutefois il est utile de les examiner sur des préparations colorées très faiblement et même d'une façon insuffisante pour ce qui concerne les éléments voisins dont la basophilie est en effet moins marquée.

Le mode de multiplication de ces noyaux n'a pas fait l'objet de recherches spéciales : certains auteurs, Krauss, Ribbert (21), Stroebe (23), dont les observations ont d'ailleurs porté sur des éléments multinucléés légèrement différents de ceux qui nous occupent, notent l'absence de karyokinèses ; dans les épulis à myéloplaxes, tous ceux qui ont rencontré des mitoses insistent sur leur rareté.

Le cytoplasme des myéloplaxes est finement granuleux et se dispose parfois en stries parallèles dans les cordons unissant entre eux plusieurs myéloplaxes. Ailleurs il paraît formé de petits anneaux concentriques autour des vacuoles. Son meilleur caractère est une certaine affinité pour les colorants nucléaires qu'il fixe avec moins d'électivité que les noyaux eux-mêmes, mais néanmoins avec beaucoup d'intensité : ainsi, dans la double coloration par l'hématéine-éosine, le cytoplasme prend une teinte violet-rosé, tranchant assez peu sur le bleu foncé des noyaux.

Dans la coloration par la safranine, liqueur de Bender, le myéloplaxe se colore en rouge ou en rose, alors même qu'on l'a différencié jusqu'à décoloration des noyaux, tous les autres éléments étant teintés en bleu-vert. Si on colore au moyen d'un bleu, on trouve que la coloration

se fixe presque autant sur le cytoplasme que sur les noyaux.

Cette basophilie plasmatique des myéloplaxes, sur laquelle a insisté Couëtoux, se retrouve dans les mégakaryocytes de la moelle osseuse et dans les plaques protoplasmiques multinucléées des cellules déciduales, analogies dignes d'intérêt en raison des rapports de ces derniers éléments avec le système vasculaire.

Ainsi constitués, les myéloplaxes paraissent habituellement isolés les uns des autres ; mais, en d'autres points, on peut voir, en faisant varier la vis micrométrique, que des myéloplaxes, en apparence distincts, sont réunis par des cordons protoplasmiques ; ce sont les rapports avec le système vasculaire qui ont une importance doctrinale considérable.

a) On peut trouver des myéloplaxes, pourvus des caractères généraux que nous venons de leur assigner, au milieu de la lumière d'un vaisseau : c'est-à-dire, dans des espaces tapissés sur toute leur périphérie de cellules épithéliales, et remplis de globules rouges et blancs.

b) D'autres, au lieu de se développer dans la cavité vasculaire, se développent en dehors. Ils paraissent de même nature que les myéloplaxes avasculaires situés en plein tissu fibro-sarcomateux, et, lorsqu'ils se montrent en connexion avec une cavité vasculaire, la paroi endothéliale et la plaque multinucléée ne se confondent pas.

c) Mais, dans beaucoup d'autres points, les plaques multinucléées se continuent avec un revêtement endothélial, de telle sorte qu'on se demande si le myéloplaxe s'amincit et s'effile pour constituer une paroi vasculaire, ou si la figure qu'on a sous les yeux résulte au contraire d'un bourgeonnement protoplasmique de l'endothélium vasculaire. De toute façon le myéloplaxe constitue ici une

portion de paroi vasculaire, et se trouve directement en rapport avec le liquide sanguin. Ces myéloplaxes à topographie vasculaire peuvent proéminer dans la lumière qu'ils bordent ou, au contraire, se développer en dehors du côté du stroma (fig. 2).

d) Les dispositions les plus complexes sont celles dans lesquelles la distinction entre la lumière endothéliale et la coupe du myéloplaxe cesse d'être facile : on peut trouver, en effet, dans l'épaisseur de certains myéloplaxes, des cavités de volume variable dont les unes sont vides mais dont les autres montrent des globules rouges, et plus rarement des globules blancs. Ce n'est pas là, dit Malassez, « un effet de préparation, de transport mécanique, de globules provenant de points hémorragiques voisins ; les rapports de forme, les adhérences qui existent entre les cavités et leur contenu sanguin, la fréquence de cette disposition rendent cette hypothèse inadmissible.

» Ces cavités remplies de globules sanguins sont, en général, arrondies, de forme circulaire ou elliptique, assez volumineuses, plus volumineuses que les vacuoles sans globules qu'on rencontre souvent dans leur voisinage. Certaines d'entre elles sont entourées d'une assez grande épaisseur de protoplasma ; mais d'autres, au contraire, ne présentent autour d'elles qu'une mince couche protoplasmique, en sorte qu'elles ressemblent à la coupe transversale d'un gros capillaire sanguin ; quelques-unes de ces dernières sont reliées par un prolongement plus ou moins mince à des masses protomastiques pleines. Nous en avons vu d'autres, de forme allongée, dont la cavité se prolongeait jusqu'à la périphérie par une espèce de petit canal ; enfin, sur une de nos préparations, nous avons observé une

de ces cavités sanguines qui nous a paru se continuer avec un capillaire sanguin. »

Il paraît bien évident que la présence de globules dans ces vacuoles, n'est due ni au hasard, ni à un autre facteur; d'ailleurs, ces vacuolaires sont souvent d'une régularité remarquable. C'est la présence presque exclusive de globules rouges qui posa à Malassez un problème non encore résolu : On est porté, en effet, à admettre que ces cavités ne communiquent pas librement avec le reste du système circulatoire, puisque les éléments cellulaires n'y sont pas contenus dans les mêmes proportions ; toutefois, dans certaines cavités on trouve indubitablement des globules blancs à côté des globules rouges, et, d'autre part, Malassez aurait réussi à observer dans un cas des vacuoles paraissant se continuer avec une cavité sanguine.

Ces deux ordres de faits, en apparence contradictoires, ne peuvent se concilier qu'en admettant que les vacuoles et leur contenu appartiennent primitivement au myéloplaxe et s'ouvrent secondairement dans les vaisseaux.

C'est ainsi qu'on est conduit à l'hypothèse du rôle vasoformateur et même hémotopoïétique des myéloplaxes de nos tumeurs, c'est-à-dire au problème de la signification morphologique et de la nature du myéloplaxe.

Nature et rôle du myéloplaxe. — La signification des myéloplaxes est plus facile à envisager lorsqu'on a distingué les diverses formations multinucléées susceptibles de le simuler, la cellule géante de la tuberculose et le mégakaryocyte.

a) Les caractères différentiels de la cellule géante

tuberculeuse et des myéloplaxes sont classiques depuis leçons de Charcot (27) : la première peut présenter des prolongements multiples, ses noyaux sont périphériques ; les seconds sont habituellement apolaires et, en tous cas, dépourvus de prolongements rameux, leurs noyaux sont irrégulièrement disséminés. Le cytoplasme du myéloplaxe est, comme nous venons de le voir, nettement basophile, tandis que celui de la cellule géante tuberculeuse est plutôt acidophile.

b) Les mégakaryocytes de la moelle osseuse et du foie embryonnaire offrent bien des noyaux multiples, mais il s'agit en réalité de noyaux bourgeonnants reliés les uns aux autres par d'étroites anastomoses ; de plus, la forme du mégakaryocyte est beaucoup plus régulière que celle du myéloplaxe et le nombre des noyaux toujours moins considérables.

c) Dans certains sarcomes, dérivées de tissus conjonctifs divers, on peut rencontrer des cellules géantes qui ne doivent pas être confondues avec le myéloplaxe. Le nombre de leurs noyaux est généralement faible. Elles résultent soit de karyokinèses anormales, soit d'amitoses incomplètes, et sont assez souvent dégénératives.

Dans le problème de la nature du myéloplaxe, la première question qui se pose est celle de leur identité avec la moelle osseuse normale. Elle n'a pas fait jusqu'ici l'objet de recherches spéciales. Toutefois, cette identité est formellement niée par Bard ; pour lui, la cellule géante multinucléée, que l'on rencontre dans les tumeurs qui nous occupent, n'a pas d'équivalent dans l'os normal en voie de formation ou en état de complet développement ; les myéloplaxes vrais, qu'on trouve assez souvent dans les ostéosarcomes globo-cellulaires, ont des dimensions beaucoup plus restreintes et des

réactions histochimiques différentes. A son avis aussi, les productions myéloïdes sont à rapprocher plutôt des inflammations chroniques que des tumeurs. Pour Malassez et Monod, les soi-disant myéloplaxes ne représentent pas, comme on l'avait cru, des éléments parfaits faits spéciaux à certains tissus ; ce ne sont que des cellules vasoformatives :

« Quelles sont ces singulières cellules géantes? Si l'on veut bien se rappeler le développement des vaisseaux, on sera frappé des ressemblances qui existent entre nos cellules géantes anastomosées et le réseau protoplasmique que forment les vaisseaux qui naissent ou s'accroissent. D'un côté comme de l'autre, ce sont des masses protoplasmiques disposées en réseau (réseau formatif de Cornil et Ranvier — cordons angioblastiques de Rouget) envoyant des prolongements qui s'unissent les uns aux autres pour constituer de nouveaux réseaux se creusant enfin de cavités dans lesquelles apparaissent des globules sanguins, soit que ces globules proviennent des voies circulatoires antérieurement développées, soit qu'ils se soient formés, *in situ*, au sein même de la substance protoplasmique.

Brault, précisant la conception de Malassez sur le caractère anormal de ces formations vasculaires, écrit :

Ces masses protoplasmiques se montrent de dimensions énormes, leurs noyaux sont volumineux et bourgeonnants, ils présentent toutes les phases de la division directe et indirecte la plus active, les plaques cellulaires multinucléées contiennent des cavités de toutes dimensions, remplies exclusivement de globules rouges, et cependant tout cet appareil n'arrive pas à édifier de vaisseaux définitifs. On trouve, en résumé, dans les sarcomes angioblastiques, tous les éléments vasoformatifs et hématopoïétiques ; mais ces éléments ne sont pas agencés en vue de la circulation.

Il semble que ces protoplasmas démesurés s'épuisent en la formation excessive de noyaux et de globules sanguins ; mais aussitôt cette édification produite, les globules néoformés sont déversés dans des systèmes lacunaires où la circulation est absente, aussi subissent-ils bientôt une série d'altérations régressives. Les cellules

génératrices perdant toute connexion avec les parties vivantes de la tumeur sont atteintes à leur tour, si bien que le centre du néoplasme est rempli de déchets cellulaires, de débris des globules rouges, soutenus par un réseau filamenteux de fibrine où les réactifs les plus puissants ne mettent plus de noyaux en évidence.

B. — *Cellules fusiformes.* — Elles ont une longueur de 15 à 20 μ, une forme régulièrement ovoïde, avec extrémités effilées, terminées par un prolongement qui s'anastomose avec celui des cellules voisines. Le protoplasme est finement granuleux ; il se colore en bleu par le réactif de Unna, en rouge violacé par le triacide. Par le Giemsa, il prend une coloration bleue au voisinage du noyau, alors que les prolongements se colorent en violet rose, de même que la substance amorphe qui sépare le corps cellulaire qui paraît en émaner.

Le noyau généralement ovale et allongé montre un réseau chromatinien très délié. Le nucléole est généralement volumineux.

A côté de ces éléments cellulaires de dimensions relativement restreintes, il existe d'autres éléments allongés dépassant 20 et 30 μ ; leurs noyaux sont généralement sphériques, volumineux et montrent des traces fréquentes de divisions directes.

Vaisseaux. — Ils affectent la forme de capillaires sinueux coupés dans des sens très variables. Certains ont pour paroi un endothélium nettement caractérisé, mais d'autres sont bordés par les cellules fusiformes de la tumeur elle-même, qui se disposent en faisceaux parallèles autour de la cavité vasculaire. Ailleurs, la paroi des cavités vasculaires est formée, comme nous l'avons vu plus haut, par des myéloplaxes qui tantôt se mettent à l'alignement d'une cellule fusiforme ou endothéliale,

tantôt au contraire font une véritable hernie dans la cavité sanguine.

Tissu osseux. — Sa présence dans les épulis est particulièrement intéressante, mais il semble que certains auteurs aient confondu deux ordres de faits bien distincts: la présence à la base de la tumeur de formations osseuses provenant du maxillaire, d'une part, et de l'autre, de la production aux dépens des cellules de la tumeur de travées osseuses ou ossiformes. C'est cette dernière éventualité qui mérite seule d'être retenue : elle est connue depuis longtemps.

Les épulis sont tantôt des sarcomes myéloïdes, tantôt des sarcomes ossifiants. Ces tumeurs, recouvertes par la muqueuse buccale, présentent, au milieu de leur masse, ou à leur périphérie, des trabécules osseuses plus ou moins complètes sous forme de rayons s'éloignant de leur base d'implantation, ou irrégulièrement disposées. Ces trabécules sont entourées de toutes parts d'un tissu conjonctif à cellules fusiformes plus ou moins riche en myéloplaxes ; elles offrent dans leur intérieur de véritables corpuscules osseux à prolongements anastomotiques bien nets, mais moins nombreux, plus larges d'habitude que ceux du tissu osseux physiologique. A la périphérie de ces trabécules osseuses, il n'est pas rare de voir de jeunes cellules situées à moitié dans le tissu médullaire et englobées par moitié dans l'os dont on surprend ainsi le développement.

Notre tumeur offre cet intérêt de présenter, à la fois, les myéloplaxes et les travées de sarcome ostéoblastique. En effet, en des points divers, et en particulier à la périphérie du prolongement buccal, nous avons pu voir des trabécules constituées par une substance amorphe imprégnée en rouge vif par le Van Giesen, et en brun par

l'orcéine, et contenant des ostéoblastes. Ces noyaux osseux étaient situés en pleine tumeur, loin du maxillaire, au milieu des cellules fusiformes, et rappelaient les plaques ossiformes des sarcomes ostéoblastiques. Au niveau de certaines d'entre elles on saisit aisément la continuité avec les traînées des cellules sarcomateuses fusiformes. Ces formations ossiformes ne contiennent jamais de cavités analogues aux canaux de Havers. D'autre part, les éléments cellulaires ne sont pas contenus dans les systèmes lamellaires disposés autour des vaisseaux ; ils sont simplement disposés en files plus ou moins parallèles et onduleuses.

A noter que les myéloplaxes sont rares au voisinage de ces travées d'ossification et ne sont jamais en contact avec elles, ce qui exclue toute possibilité d'un rôle formateur ou modificateur de la substance osseuse.

Origine et nature de l'épulis à myéloplaxes. — 1° La tumeur qui a servi de point de départ à notre revue générale offre, en dehors de sa malignité et de la présence de formations ossiformes, l'intérêt considérable de reproduire toutes les dispositions histologiques signalées par Malassez dans la tumeur historique qui servit à son mémoire initial sur les sarcomes angioblastiques. C'est pourquoi il nous sera peut-être permis, sans prendre parti dans le débat, d'indiquer cependant que les particularités que nous n'avons pu reconnaître nous paraissent justifier la conception et la terminologie proposées par l'histologiste français, en 1878, et qui ont été depuis lors abandonnées ou critiquées à tort par certains auteurs.

Nous avons été frappé par les rapports de topographie et surtout de continuité que présentent les myéloplaxes

avec les endothéliums vasculaires, par la coloration jaune orangé que prennent, avec l'éosine, certaines parties de ces myéloplaxes, ce qui tend à indiquer une proportion considérable d'hémoglobine, ainsi que l'avait indiqué Malassez et, après lui, Pillet. Certaines parties de notre tumeur offrent un aspect angiomateux, de sorte qu'en définitive l'élément vasculaire, qui est lui-même sous la dépendance du myéloplaxe, paraît bien dominer les formes histologiques variables des tumeurs de cette catégorie.

Le fait que certaines tumeurs du foie, du testicule, etc..., rangées d'abord dans le groupe des sarcomes angioblastiques, ont dû en être distraites pour être rapportées à celui des chorio-épithéliomes, est dépourvu de toute portée pour les tumeurs du maxillaire. Nous conclurions donc volontiers que certaines épulis à myéloplaxes doivent être maintenues dans le groupe des sarcomes angioblastiques de Malassez.

2° La question qui se pose ensuite est celle de l'origine exacte de ces tumeurs. Aux dépens de quelle partie de la mâchoire se forment-t-elles ? Une théorie qui paraît devoir être actuellement abandonnée est celle de Nélaton et Dolbeau qui les faisaient naître de la moelle osseuse : « Les éléments médullaires des canalicules de Havers, dit Nélaton, qui s'abouchent à la surface de l'os, suffisent à expliquer le développement de la tumeur lorsque la lame compacte sous-jacente est complètement intacte ; lorsqu'elle est, au contraire, perforée, il est plus facile encore de comprendre que la maladie débute dans les aréoles du tissu spongieux mis à découvert. La tumeur de l'arcade alvéolaire peut n'être, enfin, que le prolongement d'une tumeur intra-osseuse dont la partie principale est encore contenue dans l'épaisseur de la mâchoire. »

La majorité des auteurs attribuent la genèse de la tumeur au périoste sous-gingival (Verneuil, Velpeau, Lannelongue, Trélat, Virchow), en invoquant en particulier ce fait que la tumeur est séparée de l'os ancien par une base osseuse ou molle en partie. D'autres encore pensent que l'épulis s'implante primitivement au niveau du collet d'une dent (Salter); d'autres enfin pensent qu'elle naît au fond d'une cavité alvéolaire. Il est difficile de se prononcer d'une façon absolue entre ces diverses opinions, il serait nécessaire d'avoir examiné histologiquement un grand nombre d'épulis au début.

Dans l'observation que nous rapportons, l'étude topographique du noyau de récidive nous était seule connue, et l'origine périostique paraît certaine.

En laissant de côté la question de l'origine exacte, peut-on trouver dans l'étiologie des facteurs méritant d'être retenus ?

Bard et Francké ont insisité sur la possibilité d'une origine microbienne entraînant une réaction du périoste alvéolo-dentaire. Pour Salter et Terrillon, l'origine de l'épulis devrait être cherchée dans des dents anormalement développées, déviées ou incluses : « agissant comme un corps irritant, provoquant le début de ces tumeurs et les entretenant par leur contact permanent. Terrillon cite plusieurs observations de Lafont (de Nantes), de Mac Cornac (de Dublin) et de Watermann (de Boston), relatives à des épulis renfermant une dent dans leur tissu, et il rapporte lui-même un cas d'une canine incluse au centre d'un sarcome à myéloplaxes.

Les médecins dentistes ont insisté, d'autre part, sur le rôle prédisposant des caries dentaires avec gingivite, sur les difficultés d'éruption de la dent de sagesse. Il est certain qu'il y a, entre le système dentaire et les épulis,

échange de mauvais procédés. La tumeur, au cours de son développement, provoque l'ébranlement et la chute des dents voisines. Mais le rôle déterminant, l'inflammation du traumatisme, n'est nullement prouvé.

Enfin, on a rapporté des cas d'épulis dites congénitales (Gorc, Kaempfer), mais tous ces faits sont également sujets à discussion. Le seul point paraissant bien établi au point de vue étiologique est la fréquence plus grande dans le sexe féminin.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Symptomatologie

Nous commencerons par donner les symptômes communs à toutes les épulis, à établir leur diagnostic et nous verrons, en terminant, quels sont les caractères propres aux épulis à myéloplaxes.

L'épulis débute par des symptômes purement subjectifs. Etant intra-alvéolaire, elle est par conséquent invisible, et sa présence ne peut être soupçonnée que par les troubles fonctionnels qu'elle occasionne aux malades.

Ce sera d'abord de la douleur provoquée par la mastication ou par un traumatisme, puis de la douleur spontanée par compression dans l'alvéole du paquet vasculo-nerveux. Cette douleur dentaire acquiert quelquefois une grande intensité et s'irradie dans toute la mâchoire.

Peu à peu la tumeur s'accroît et finit par pousser devant elle la dent dont elle occupe l'alvéole ; cette dent

devient mobile, prend une direction vicieuse et finit par tomber. Généralement, à cette période de l'évolution de l'épulis, le malade n'attend pas la chute de sa dent ; il la fait arracher, lui rapportant toutes les douleurs qu'il ressent. Il obtient d'ailleurs le résultat qu'il espérait de cette extraction : les douleurs deviennent moins vives, la tumeur n'est plus gênée dans son accroissement, les compressions nerveuses cessent.

C'est à ce moment que les symptômes physiques vont permettre de diagnostiquer, avec certitude, l'épulis.

Une tumeur est visible, soit au fond de l'alvéole vide, soit dans l'interstice de deux dents déviées de leur axe, selon que son point d'implantation est au fond d'une alvéole ou sur une cloison interalvéolaire.

Elle est lisse, arrondie, non ulcérée, de couleur rouge foncé, lie de vin, la plupart du temps sessile ; on peut trouver cependant une base étroite qui n'est pas, au sens véritable du mot, un pédicule, mais qui permet de donner à la tumeur des mouvements d'inclinaison.

Elle se développe toujours sur le côté de la bouche, soit sur la face antérieure de la gencive, soit sur la face postérieure, soit sur les deux côtés à la fois, et se moule, en quelque sorte, sur les parties qui l'environnent. La muqueuse buccale qui l'enveloppe s'excorie et peut s'ulcérer sur les points soumis à la pression des dents ; mais on pourrait commettre une erreur en prenant pour une perte de substance l'enduit pultacé recouvrant, par places, l'épulis ; un grattage léger permettra d'éviter cette faute.

Il existe parfois de petits suintements sanguins, apparaissant à la moindre exploration, ou se produisant même spontanément, et affectant, dans certains cas, une

sorte de périodicité. Les hémorragies profuses sont très rares et le cas de Hulk paraît être une exception.

A la palpation on trouve une tumeur tantôt dure, tantôt ramollie, tantôt enfin ferme et présentant par ci, par là, des zones dépressibles.

La tumeur n'a aucune tendance à disparaître d'elle-même; elle se développe d'ailleurs avec assez de rapidité.

L'épulis est le plus souvent unique chez le même individu ; il n'existe qu'une observation d'épulis double (Désir de Fortunet, *Revue de Chirurgie* de 1887, t. VIII).

Les ganglions sous-maxillaires ne présentent aucun engorgement ; si on les trouve, dans certains cas, hypertrophiés, cela tient plus à une inflammation voisine ou à une carie dentaire qu'à la présence de la tumeur elle-même.

FORMES CLINIQUES

I. — *Formes suivant les symptômes fonctionnels.* — Nous avons vu qu'à la période de début, la douleur était la règle et simulait celle des névralgies dentaires. Or quelquefois cette douleur présente une acuité extrême et se prolonge plus ou moins à la période d'état. On se trouve alors en présence de la forme dite névralgique.

Plus rarement la douleur manque complètement tant à la période d'état qu'à la période de début. Il s'agit de la forme indolore, appelée encore latente par certains auteurs, parce que, dans ce cas, l'attention n'est attirée par aucun signe fonctionnel.

II. — *Formes suivant le siège.* — Le cas le plus habituel est lorsque l'épulis se développe dans une alvéole, et nous venons de répéter que, dans ce cas, les douleurs se présentent comme le cortège presque obligatoire de la tumeur. Plus rarement, le néoplasme naît dans un espace interdentaire ou sur les faces buccale ou vestibulaire du bord alvéolaire, et l'on a affaire alors à une forme qui diffère ordinairement de la précédente, outre son siège, par l'absence de toute douleur.

III. — *Formes suivant la nature histologique.* — La forme fibreuse se développe avec une extrême lenteur et reste ordinairement stationnaire après avoir acquis un certain volume. Dans ce cas, la tumeur est toujours dure, rouge et régulièrement arrondie.

La forme sarcomateuse a été considérée par les classiques comme pouvant évoluer de deux façons différentes :

Ou bien il s'agit d'un sarcome à myéloplaxes, c'est-à-dire relativement bénin, et il a l'allure de la forme fibreuse ; la tumeur est seulement plus foncée, plus volumineuse et plus irrégulière.

Ou bien il s'agit d'un véritable sarcome malin avec tous ses accidents, retentissement rapide sur l'état général, avec comme terminaison rapide la cachexie ou la généralisation. Dans ce cas, la tumeur est quelquefois, non seulement pseudo-fluctuante, mais animée de battements ; c'est la forme pulsatile ou télangectiasique qui est très grave.

L'observation que nous devons à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran montre que cette distinction n'est pas toujours exacte, puisque la cachexie

myéloplaxique de la tumeur coïncidait avec une malignité non douteuse.

Diagnostic

I. — *Période de début.* — A cette période, l'épulis est encore invisible ; comme elle donne simplement lieu à des douleurs locales, il faut savoir la différencier de celles dues aux névralgies essentielles, puis à celles de causes générales : diabète, paludisme ; enfin aux névralgies de cause locale. La carie dentaire se reconnaît facilement. On peut également avoir affaire à un odontome ou à un kyste radiculaire accompagné de névralgie tout au début.

II. — *Période d'état.* — C'est surtout à cette période que l'on peut établir le diagnostic. Nous éliminerons facilement le gonflement gingival produit par les stomatites.

Un abcès dentaire sera facilement reconnu par la saillie nettement circonscrite qu'il produit sur une face de la gencive, par la fluctuation, par l'œdème de la joue à son voisinage et surtout par la ponction au bistouri qui, laissant passer le pus et guérissant, résout vite la question.

Quant à l'hypertrophie cémentaire décrite par Tornes en 1859 et qui, peu à peu, remplit une alvéole, elle présente de petites nodosités tapissées parfois par de la muqueuse et qui peuvent donner lieu à erreur ; mais, si l'on soulève la gencive proliférée, on retrouve au-dessous la saillie dure qui constitue cette affection. Les fongosités, les bourgeons charnus des gencives peuvent faire croire à certaines formes d'épulis et, de fait, on les ran-

geait jadis dans les épulis. Quelquefois même, l'examen histologique est nécessaire pour établir le diagnostic.

L'*actynomycose des mâchoires débute souvent* au niveau d'une dent cariée qui laisse pénétrer le champignon ; elle donne lieu d'abord à de vives douleurs, puis à un gonflement diffus de la gencive. Mais la tumeur se ramollit et, *une fois ouverte*, laisse suinter du pus séreux contenant des grains jaunes pathognomoniques.

La *dent de sagesse* le plus souvent et quelques autres quelquefois peuvent, lorsqu'elles restent incluses dans le corps du maxillaire, donner naissance à de l'ostéite condensante avec douleur et tumeur quelquefois volumineuse (cas de Blandin et de Lafont). Il faudra donc songer à de pareils faits, lorsqu'en présence d'une tumeur semblable on trouvera qu'il manque (et qu'il a toujours manqué) une dent sur le rebord alvéolaire.

Les *exostoses de la syphilis*, outre qu'elles sont rares sur le rebord alvéolaire, présentent une base d'implantation large et faisant corps avec le maxillaire.

Les *tumeurs érectiles* ressemblent, au premier abord, aux tumeurs à myéloplaxes ; comme elles, elles sont violacées et quelquefois même partiellement pulsatiles. Mais les tumeurs érectiles sont congénitales, réductibles et, quand elles sont pulsatiles, elles le sont dans toute leur étendue (Broca).

Enfin, mentionnons les *kystes hydatiques* qui forment une tumeur fluctuante au-dessous de la muqueuse intacte, les anévrismes de l'artère dentaire inférieure (cas de Rufe et Henfelder rapportés en 1856 à la Société de chirurgie) ; les petits kystes épidermiques contenant une matière d'apparence sébacée que l'on trouve, dans les premiers mois après la naissance, sur le bord alvéolaire, surtout le supérieur. Ces kystes

proviendraient de débris épithéliaux inclus dans la gencive.

Les *polypes de la pulpe*, sortes de fongosités rougeâtres sécrétant un liquide fétide, peuvent aussi se diagnostiquer, si l'on pense retrouver la carie pénétrante qui en est l'origine et qui a permis à la pulpe s'hypertrophiant de faire hernie à travers la perte de substance de la couronne.

Signalons également une affection rare, l'hypertrophie congénitale des mâchoires qui, parfois diffuse et étendue aux deux mâchoires, peut se limiter à une partie du rebord alvéolaire. C'est alors « une masse lobulée, ferme, insensible, rosée, faisant saillie entre les lèvres écartées et empêchant l'occlusion de la bouche. Dans cette masse sont enfoncées les dents. La tumeur débute dans les premiers mois qui suivent la naissance, mais il est possible qu'elle apparaisse tardivement.

On note généralement chez ces malades une tendance à l'hypertrophie de tout le système tégumentaire avec développement exagéré des poils.

Le kystes radiculo-dentaires, lorsqu'ils sont développés dans l'épaisseur de l'arcade alvéolaire, pourraient donner lieu à une erreur de diagnostic : elle sera évitée en se rappelant qu'au début de son développement, le kyste est entouré d'une lamelle osseuse donnant lieu à un bruit de parchemin froissé lorsqu'on l'explore. Ultérieurement, lorsque la lamelle osseuse a été résorbée, le doigt qui explore perçoit une fluctuation que les épulis, même vasculaires, ne donnent pas au même degré.

Nous avons appris à distinguer l'épulis des diverses lésions susceptibles de le simuler. Reste la question de sa nature. L'épulis à myéloplaxes est la variété à laquelle on doit songer d'abord, puisqu'elle est la plus fréquente.

Ces dimensions sont ordinairement plus volumineuses que celles des épulis fibreuses. Leur vascularisation, liée comme nous l'avons vu plus haut à leur structure histologique, explique qu'elle soit parfois pulsatile comme les angiomes et les anévrismes. Bien entendu, leur irréductibilité demeure complète.

La ponction exploratrice amène du sang ou un liquide séro-sanguinolent. En somme, il n'est pas douteux que dans beaucoup de cas on peut poser avec vraisemblance le diagnostic d'épulis à myéloplaxes ; mais il est impossible de l'affirmer d'une façon catégorique, et surtout d'exclure les types globo-cellulaires et fusiformes du sarcome : les distinctions que l'on crée pour une étude didactique ont toujours un caractère schématique qu'il ne faut pas perdre de vue. Ainsi, dans la variété fibromateuse de l'épulis, on peut rencontrer des myéloplaxes rares et dépourvus de rapports vasculaires. Dans notre tumeur, qui offre un type mixte à la fois myéloplaxique et fusiforme, on rencontre en quelques points des aspects globo-cellulaires.

Alors même que ces distinctions seraient rigoureusement vérifiées, ce qui n'est pas le cas, elles ne seraient pas susceptibles de modifier la ligne de conduite du chirurgien. Toute épulis diagnostiquée doit être extirpée le plus tôt possible, et largement.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Les chirurgiens, autrefois, se contentaient de faire l'extirpation simple de l'épulis ; aussi avaient-ils presque toujours des récidives locales.

Ces récidives, qui ne s'expliquaient pas, passionnèrent tous ceux que la question pouvait intéresser ; les esprits cherchèrent, et, en 1770, Jourdain disait : « Dès le commencement de la maladie, l'extraction de la dent après laquelle tient une partie du sarcome fait cesser les accidents ou en arrête le progrès ; néanmoins, on doit s'assurer l'état du bassin des alvéoles et cautériser si quelque point paraît suspect. »

La voie était trouvée, il ne suffisait pas d'enlever la tumeur, il fallait s'attaquer à son point d'implantation.

C'est d'après ce principe général que Nélaton régla, en 1860, la technique que l'on suit encore aujourd'hui. Nous ne dirons donc rien des diverses méthodes primi-

tivement employées, et qui ont donné des résultats très variables : on englobait autrefois, sous le nom d'épulis, des productions de natures très diverses. Nous laisserons de côté, également, l'électrolyse ainsi que la cautérisation, qui ne sauraient atteindre, lorsqu'elle est profonde, la base d'implantation de la tumeur.

La malignité des épulis à myéloplaxes, comme dans notre cas, exige qu'on fasse une destruction large, empiétant sur le tissu alvéolaire sain : il y aura lieu aussi, dans certains cas, d'enlever la dent ou les dents englobées dans l'épulis. C'est ainsi que, dans un cas relaté par Nélaton, l'avulsion d'une dent douloureuse suffit à extraire une petite épulis intra-alvéolaire à myéloplaxes.

Ces préliminaires posés, voici la technique :

Avec une pince coupante, on fait deux incisions verticales, l'une en avant, l'autre en arrière de la masse morbide, et, à l'aide d'un ciseau et d'un maillet, on achève de détacher la partie ainsi limitée. La tumeur est extraite, mais il ne faut pas s'arrêter à ces deux premiers temps de l'opération ; la récidive ne se ferait pas attendre. Avec une gouge, il faut faire sauter tout le rebord alvéolaire et ne s'arrêter que lorsqu'on a la sensation de reposer sur de l'os sain, de l'os de bonne qualité : on enlèvera à la curette les germes de dents que l'on peut rencontrer si l'on opère un sujet jeune.

Magitot et Nélaton préfèrent la cautérisation au chlorure de zinc ou à l'acide chromique; mais aujourd'hui cette méthode a été complètement abandonnée.

Le seul ennui que présente cette opération, c'est la possibilité d'une abondante hémorragie ; la compression, généralement, pare à cet inconvénient ; si, toutefois, elle était insuffisante, il faudrait alors recourir au thermo-

cautère. Une bonne précaution à prendre, l'opération étant achevée, c'est de tamponner la cavité produite avec de la gaze iodoformée. Ce tamponnement reste peu de temps et tous les soins à donner au malade ne sont plus alors que des soins d'antisepsie : des lavages avec des solutions d'acide borique ou de chloral.

La cicatrisation ne se fait pas attendre et, quand la perte de substance est par trop large, on y remédie par l'application d'un appareil de prothèse.

CONCLUSIONS

I. — Il faut réserver le nom d'épulis aux tumeurs fibromateuses et sarcomateuses du rebord alvéolaire des deux mâchoires. Le sarcome à myéloplaxes est la variété la plus fréquente.

II. — L'étiologie de l'affection est obscure et l'on ne sait rien de bien précis à mettre en lumière.

III. — L'épulis à myéloplaxes rentre assez souvent dans le cadre des sarcomes angioblastiques de Malassez et Monod.

IV. — L'évolution permet de considérer trois périodes : une période de début ou de douleur ; une période d'état ou de tumeur ; une période d'ulcération, à laquelle l'épulis aboutit rarement.

V. — Le pronostic doit être réservé ; contrairement à ce qu'ont admis après Nélaton la plupart des auteurs,

l'épulis à myéloplaxes peut emporter le malade malgré des interventions répétées.

VI. — On ne doit pas se contenter de la simple excision des épulis ; il faut enlever complètement la partie du rebord alvéolaire du maxillaire qui lui a donné naissance.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 6 mars 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 6 mars 1913.
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. Jourdain. — Traité des maladies chirurgicales de la bouche.
2. Marjolain et Bérard. — Article Epulis du Dictionnaire en 30 volumes.
3. Giraldès. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants.
4. Saurel. — Mémoire sur les épulis, 1840.
5. Robin (Ch.). — Comptes rendus de la Société de biologie, 29 oct. 1849, p. 119.
6. Nélaton (E.). — D'une nouvelle espèce de tumeurs bénignes des os ou tumeurs à myéloplaxes (Th. inaugur., Paris, 1860).
7. Paget (James). — Lectures on surgical pathology, 1853, t. II, p. 212, fig. 31 B.
8. Virchow. — Traité des tumeurs.
9. Ranvier. — Bulletins de la Société anatomique, 1882, p. 65-66.
10. Wegner. — Myeloplaxen und Knochen Resorption.
11. Lewschin. — Uber die terminalen Blutgefassen in den primitiven Markraümen der Röhrenknochen (Ac. des sc. de Pétersbourg, 1872, t. XVII, p. 17).
12. Malassez et Monod (Ch). — Sur les tumeurs à myéloplaxes (sarcomes angioplastiques). Archives de Physiologie, 1878, 2e série, t. V, p. 375.
13. Pillet. — Soc. anatomique, 1897.
14. Brault. — Manuel d'histologie pathologique de Cornil et Ranvier, 1901, 3e édition, Généralités sur le sarcome et tumeurs du foie.

15. Ritter.—Einige Fälle von mit Blutungen c o
Deutsche Zeitschrift f. Klinische Chirurgie, 1897.
16. Stepinsky. — Thèse Paris, 1901.
17. Perraud. — Thèse Paris, 1906-1907.
18. Couetoux. — Thèse Paris, 1906.
19. Kaempfer. — Congenital epulides a clinical and pathological study. Surg. Gynecol. and obst. Rev. Chicago, 1911, XII, p. 357 à 364.
20. Amöedo. — Les Epulis (Ass. franç. pour l'avanc. des sciences, 1901, Ajaccio. C. R. Paris, 1902, p. 293).
21. Kummer. — Epulis remarquable par la coexistence de myéloplaxes (Revue médicale de la Suisse romande. Genève, 1903, p. 517).
22. Calazel. — Thèse Montpellier, 1911.
23. Stroebe.—Kernteilung u. Riesenzellenbildung in Geschwulsten und in Knochenmark. Ziegler's Beitrage. Bd VII.
24. Ribbert. — Über Bildungen an Zellen und Geweben. u. s. Bibl. méd. 1897. Heft. 9.
25. David von Hansemann (P. D.).— Die Mikroskopische Diagnose der bosartigen Geschwülste. 2e édit., p. 117.
26. Lebedinsky. — L'Epulis (Revue odontologique. Paris, 1904, p. 177.)
27. Charcot. — Leçons faites à la Faculté, 1878.
28. Miermet. — Epulis sarcomateuses à myéloplaxes (Bull. Soc. anatomique, 1896).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!